



Reporte de Evaluación

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante	Iniciales	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo M F	Grado	Fecha de Hoy
Distrito/Escuela	Fecha del Referido Inicial				Evaluación Inicial	<input type="checkbox"/>
	Fecha de la Próxima Re-evaluacion Comprensiva				Re-evaluación	<input type="checkbox"/>
Nombre de los Padres	Dirección de los Padres			Teléfono de la Casa		
	Dirección Electrónica			Teléfono del Trabajo/Celular		

EVALUACIONES E INFORMACION PROVISTA POR LOS PADRES Y/O EL ESTUDIANTE

Comentarios por parte de los Padres*: _____

Comentarios por parte del Estudiante: _____

Implicaciones para la Planificación Educacional: _____

AREAS DE EVALUACION

Los resultados de las evaluaciones, incluyendo implicaciones para la planificación educacional, pueden ser resumidos o grapados en forma de informes por escrito.

Resumido	Grapado	Resumido	Grapado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Logro Académico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Observaciones*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Servicios de Tecnología Asistiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Física
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sicológica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Evaluación basada en el aula*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Socio/Emocional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Transición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Evaluación de Conducta Funcional		

* Requerida

Nombre del Estudiante: _____ Fecha del Reporte De Evaluación: _____

RESUMEN DE EVALUACIONES

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados: _____

Implicaciones para la Planificación Educacional: _____

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados: _____

Implicaciones para la Planificación Educacional: _____

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados: _____

Implicaciones para la Planificación Educacional: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha del Reporte De Evaluación: _____

RESUMEN DE EVALUACIONES

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados: _____

Implicaciones para la Planificación Educacional: _____

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados: _____

Implicaciones para la Planificación Educacional: _____

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados: _____

Implicaciones para la Planificación Educacional: _____

Nombre del Estudiante: _____

Fecha del Reporte De Evaluación: _____

DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD

El estudiante **es** elegible para los servicios de educación especial y servicios relacionados de acuerdo al Acta de la Educación de los Individuos con Impedimentos (IDEA). La base para tomar esta determinación es que el estudiante tiene un impedimento y necesita educación especial y servicios relacionados:

Criterio del impedimento: _____

La Lista del Criterio ha sido grapada

¿Por qué el estudiante necesita educación especial y servicios relacionados? _____

Categorías de Impedimentos (marque todas las que apliquen):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Impedimento de Salud ² |
| <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Disturbio Emocional | <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Retardación Mental | <input type="checkbox"/> Impedimento Auditivo | <input type="checkbox"/> Impedimento del Habla |
| <input type="checkbox"/> Sordo-ceguera | <input type="checkbox"/> Impedimento Ortopédico ¹ | <input checked="" type="checkbox"/> Daño Traumático en el Cerebro |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> Impedimento Visual |

¹ Un reporte médico es requerido (diagnosis de impedimento ortopédico por personal médico cualificado)

² Un reporte médico es requerido (diagnosis médico de problema de salud crónico o agudo)

Recomendaciones para la consideración del equipo del IEP:

Servicios de Educación Especial

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación Física Adaptada | <input type="checkbox"/> Matemática | <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Tecnología Asistiva | <input checked="" type="checkbox"/> Lectura | <input type="checkbox"/> Transición |
| <input type="checkbox"/> Instrucción en Braille | <input type="checkbox"/> Independencia/Auto-Ayuda | <input type="checkbox"/> Entrenamiento de Movimiento |
| <input type="checkbox"/> Vocacional | <input type="checkbox"/> Sensorio-Motor | <input type="checkbox"/> Expresión Escrita |
| <input type="checkbox"/> Comunicación | <input type="checkbox"/> Conducta/Social/Emotional | |

Servicios Relacionados

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tecnología Asistiva | <input checked="" type="checkbox"/> Orientación y Movilidad | <input type="checkbox"/> Servicios de Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Audiología | <input type="checkbox"/> Consejería para los padres | <input type="checkbox"/> Trabajador Social |
| <input type="checkbox"/> Consejería | <input checked="" type="checkbox"/> Terapia Física | <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Evaluación/Identificación Temprana | <input type="checkbox"/> Sicológica | <input type="checkbox"/> Recreación Terapéutica |
| <input type="checkbox"/> Médico (diagnóstico) | <input type="checkbox"/> Recreación | <input type="checkbox"/> Transportación |
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Consejería de Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

DOCUMENTACION—si no es elegible

El estudiante **NO** es elegible para los servicios de educación especial y servicios relacionados de acuerdo al Acta de la Educación de los Individuos con Impedimentos (IDEA) por las siguientes razones.:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No cualifica para el criterio del impedimento | <input type="checkbox"/> Falta de instrucción en lectura o matemática |
| <input type="checkbox"/> No demuestra necesidad de educación especial | <input type="checkbox"/> Proficiencia limitada del inglés |

Discusión: _____

Recomendación para acomodaciones o referido a otros servicios tal y como apropiado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha del Reporte De Evaluación: _____

Las siguientes personas, indicadas por su firma, han participado en el desarrollo de este documento del Reporte De Evaluación. La agencia pública debe darle una copia de este documento a los padres sin costo alguno.

Padre	Fecha	Madre	Fecha
Estudiante	Fecha	Patólogo del Habla	Fecha
Administrador	Fecha	Firma/Posición	Fecha
Maestro de Sala Regular	Fecha	Firma/Posición	Fecha
Maestro de Educación Especial	Fecha	Firma/Posición	Fecha
Sicólogo Escolar	Fecha	Firma/Posición	Fecha

Cada participante del Equipo de Evaluación debe ser provisto con la oportunidad de someter una declaración separada con conclusiones si el reporte no refleja las conclusiones del participante. El reporte disidente será grapado.

Persona(s) sometiendo una declaración separada de conclusiones: _____

Razones: _____

For Informational
Purposes Only

For Informational
Purposes Only